

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas



LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO -NIC I

Trabajo Académico presentado por la Obstetra:

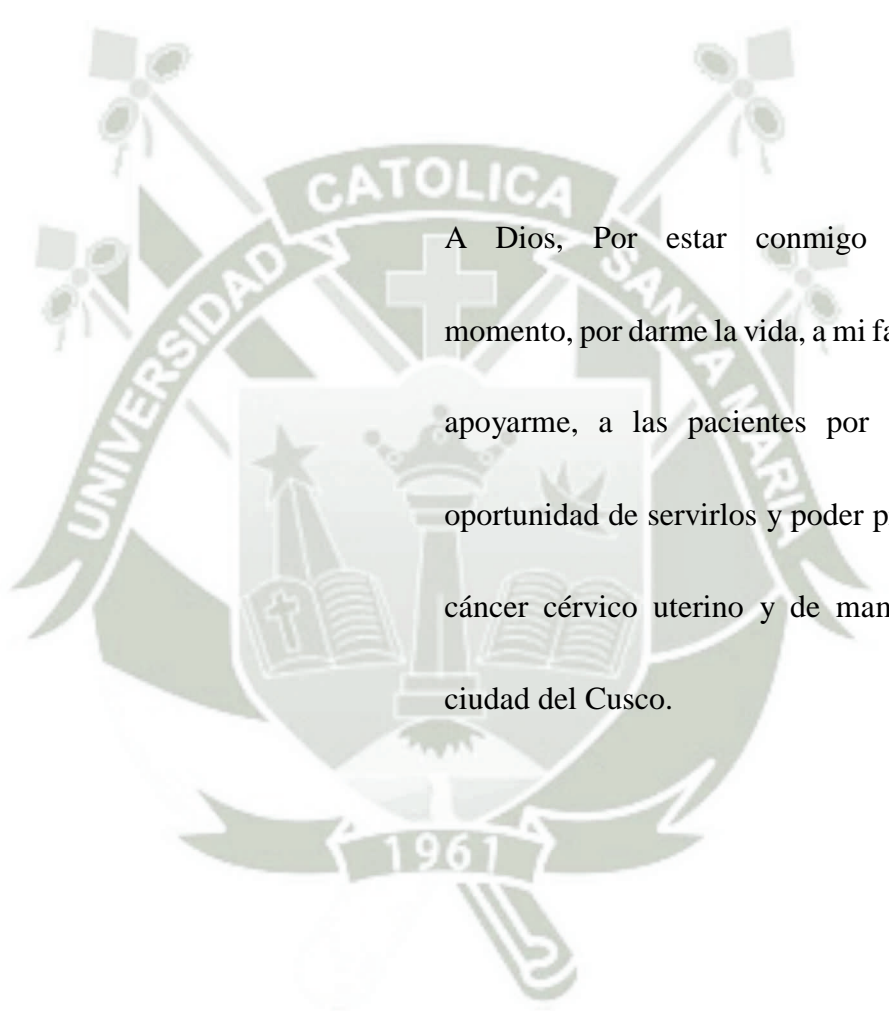
Reyes Arroyo Celestina

Para optar el Título de Segunda Especialidad en
Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas.

Asesora: Mgter. Flores Flores, Ricardina

**Arequipa – Perú
2017**

DEDICATORIA:



A Dios, Por estar conmigo en todo momento, por darme la vida, a mi familia por apoyarme, a las pacientes por darme la oportunidad de servirlos y poder prevenir el cáncer cérvico uterino y de mamas en la ciudad del Cusco.

EPIGRAFE:

El cáncer cambió mi vida. Doy las gracias por cada día. Me ha ayudado a establecer prioridades".

Olivia Newton-John (actriz diagnosticada con cáncer de mama en 1992).

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	19
CAPÍTULO I MARCO CONCEPTUAL	11
1.1 Incidencia y mortalidad por cáncer del cuello uterino en América Latina.....	12
1.2 Aspectos epidemiológicos en el Perú	13
1.3 Historia natural de la infección por vph y el cáncer cérvico uterino.....	14
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	21
Antecedentes familiares:	21
Antecedentes personales patológicos:	21
Antecedentes personales socio económico:.....	21
Síntomas principales:	22
Historia de la enfermedad.....	22
Funciones vitales	22
Exámenes laboratorio.....	23
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	32
ANEXOS.....	36

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar el caso clínico de una paciente de 56 años de edad, procedente de Juliaca - Puno que acude al consultorio Preventorio del Instituto Regional de Enfermedades de Neoplasia IREN SUR Arequipa con el resultado de Papanicolaou ASC-H, con Biopsia de lesión leve NIC I en octubre del 2016 y al hacer la interconsulta al servicio de Oncología se le indica exámenes de laboratorio, electrocardiograma, placa de rayos x, examen completo de orina, ecografía abdominal y Papanicolaou (PAP). Noviembre 2016 los resultados fueron la radiografía de tórax: Síndrome intersticial difuso en ambos campos pulmonares, el informe ecográfico indica hepatopatía de II grado y colelitiasis, el resultado del Papanicolaou ASC-H sugiere colposcopia y biopsia, resto del examen auxiliares normales. Se realiza la colposcopia y biopsia cuyos resultados son: Displasia leve-Atipia coilocítica, metaplasia escamosa, cervicitis crónica. Se decide programar a la paciente para cirugía (cono leap)

En el mismo mes se le realiza la cirugía (menor) con diagnostico pre operatorio NIC 1-2, ex cisionando la zona yodo negativa. Se le da de alta con medicación analgésica y control en dos semanas. La paciente presento en décimo día post operatorio sangrado vaginal por lo que se le realizo una cauterización y medicación vía oral: ácido tranexámico y analgésicos por cuatro días, con evolución favorable. En octubre del 2017 acude al

consultorio externo de Oncología por presentar orina mal oliente se le solicita examen completo de orina y Papanicolaou, en el control el examen de orina patológico, Papanicolaou negativo, recibe medicación antibiótica para la infección urinaria, con evolución favorable

Como conclusión en el caso clínico presentado se pudo detectar oportunamente con la lesión intraepitelial de bajo grado (NIC I) e intervenir precozmente con cono-Leep se sabe que esta enfermedad puede progresar a cáncer avanzado

De esta manera se está contribuyendo a la disminución de la morbilidad por cáncer cérvico uterino en mujeres y a la vez fomentar que los establecimientos de primer nivel de atención cuenten con un consultorio exclusivo para la prevención y control de cáncer cérvico uterino.

Según el análisis del caso clínico de lesión intraepitelial de bajo grado (NIC I) es importante tener las practicas saludables en relación con el cumplimiento de las medidas de prevención primaria donde se brinde los medios necesarios para la detección oportuna y precoz, así como las medidas de autocuidado y la vigilancia epidemiológica activa y prevención secundaria. Actualmente el cáncer cérvico uterino sigue siendo un problema de salud pública no resuelto.

PALABRAS CLAVE: Cuello uterino, Cáncer, LIE de bajo grado.

ABSTRACT

The aim of this work is to analyze the clinical helmet of a 56 year old patient from Juliana - Puno who comes to the Preventive Clinic of the Regional Institute of Neoplasia Diseases IREN SUR Arequipa with the result of Papanicolaou ASC - H, with Biopsy of slight lesion in October 2016 and when making the interconsultation to the oncology service it her indicated laboratory tests, electrocardiogram, x-ray plate, complete urine test, abdominal ultrasound and Papanicolaou (PAP).

In November 2016, the results were chest X-ray: diffuse interstitial syndrome in both pulmonary fields, the ultrasound report indicates II-degree liver disease and cholelithiasis, the result of the ASC-H Pap test suggests colposcopy and biopsy, rest of the normal auxiliary examination. Colposcopy and biopsy are performed, the results of which are: Mild dysplasia-Coylocytic atypia, squamous metaplasia, chronic cervicitis. It is decided to program the patient for surgery (cone leap)

In the same month, surgery (minor) was performed with a preoperative diagnosis of NIC 1-2, excision of the iodine-negative zone. She is discharged with analgesic medication and control in two weeks. The patient presented on the tenth day post operative vaginal bleeding for which she underwent a cauterization and oral medication: transaminase and analgesics for four days, with favorable evolution. In October 2017, she went to the

external oncology clinic due to bad smelling urine, he was asked for a complete urine and pap smear, in the control of the pathological urine test, pap negative, he received antibiotic medication for the urinary infection, with favorable evolution

As a conclusion in the clinical case presented, it was possible to detect opportunely with the low-grade intraepithelial lesion (CIN I) and to intervene early with cone-Lleep. It is known that this disease can progress to advanced cancer.

In this way, it is contributing to the reduction of morbidity and mortality due to cervical cancer in women and at the same time encouraging that first level care facilities have an exclusive clinic for the prevention and control of cervical cancer.

According to the analysis of the clinical case of low-grade intraepithelial lesion (CIN I), it is important to have healthy practices in relation to compliance with primary prevention measures that provide the necessary means for timely and early detection, as well as self-care measures and active epidemiological surveillance and secondary prevention. Currently, cervical cancer remains a public health problem.

KEY WORDS: Cervix, Cancer, Low-grade LEL.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública no resuelto a nivel mundial después del cáncer de mama, es el más frecuente en el sexo femenino y ocupa el séptimo lugar entre las neoplasias malignas que afectan a ambos sexos, se reporta la mayor incidencia en las mujeres entre los 40 y 50 años, cada año son diagnosticadas 437 000 casos nuevos a nivel mundial y aproximadamente la mitad muere.⁽¹⁾ En la Región de las Américas, se pronosticaron 92.136 casos y 37.640 defunciones por cáncer cervico uterino, de los cuales 83,9% y 81,2% corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente. Hoy en día, el cáncer cervico uterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, nacional y regional, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria.⁽¹⁾

La etiología es aún desconocida, aunque se asocia a varios factores de riesgo, se presenta con mayor frecuencia en mujeres que han comenzado la actividad sexual precozmente, con embarazo a temprana edad, la vida sexual activa incrementa la frecuencia de la enfermedad de forma importante, sobre todo en aquellas mujeres que inician antes de los 12 años.^(1,5)

En el Perú, la neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer cérvico uterino (24.9%) el cual se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad característica fuertemente

relacionada al nivel de pobreza. En el año 2005 el cáncer produjo la muerte de 32 000 personas 17 000 de estas personas tuvieron menos de 70 años ⁽⁸⁾. Es la principal causa de pérdida de años de vida debido a cáncer en países en desarrollo. La mayor barrera para la prevención de cáncer de cuello es la falla en el tamizaje. ⁽¹⁾



CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

La etiología es aún desconocida, aunque se asocia a varios factores de riesgo se presenta con mayor frecuencia en mujeres que han comenzado la actividad sexual precozmente con embarazo a temprana edad ⁽¹⁻⁵⁾. La infección por virus de papiloma humano (VPH) es considerada como el factor principal una de las infecciones transmitidas sexualmente más comunes en ambos sexos, y la mayoría de las personas la adquieren, usualmente, cerca del inicio de la actividad sexual. Se desconoce el grado en que la infección natural protege contra infecciones recurrentes o facilita el control inmunológico de las mismas ⁽¹⁾.

Existen más de 100 tipos de VPH, y su variabilidad genética se relaciona con su carcinogenicidad. ⁽¹³⁾

Los tipos virales de los llamados de alto riesgo 16 y 18 causan cerca de 60-70% de todas las lesiones precursoras y los cánceres invasores a nivel mundial, con pocas variaciones regionales son más agresivos, con desarrollo de lesiones más temprano y mucho mayor riesgo que otros tipos oncogénicos. ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ La infección se acompaña algunas veces de neoplasias cervicales intraepiteliales (NIC), con cambios característicos en el núcleo y citoplasma, clasificadas histológicamente en NIC 1, 2 y 3 según el grado de afectación

del epitelio que a su vez determina el tipo de células detectables en células exfoliadas.

Las lesiones de NIC1 son la manifestación de infección reciente por VPH y regresan tan frecuentemente como las infecciones sin manifestaciones celulares. La mayoría de las infecciones por VPH prevalentes en una población desaparecen en los siguientes tres años, ^(14,15)

Aunque las producidas por VPH 16 tienden más a la persistencia y progresión. Las NIC3 son verdaderas lesiones precancerosas y tienen alto riesgo de progresión a cáncer invasor, a pesar de que un porcentaje regresa espontáneamente. ⁽¹³⁾

Las NIC2 son una categoría intermedia y poco reproducible que probablemente incluye NIC1 y NIC3 ⁽¹⁵⁾

A nivel citológico, las lesiones de NIC1 se manifiestan como lesiones intraepiteliales de bajo grado, y las NIC2 y NIC3 como lesiones intraepiteliales de alto grado, según la clasificación de Bethesda. ⁽¹⁵⁾

1.1. Incidencia y mortalidad por cáncer del cuello uterino en América Latina.

El cáncer cérvico uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo con 86% de los casos y 88% de las muertes en países en vías de desarrollo y es la causa más importante de años de vida perdidos (por cáncer) entre las mujeres de América Latina y el Caribe, donde 13% de los casos y 12% de las muertes que ocurren anualmente en el mundo ^(8,9). Si no se mejoran los programas de prevención, se ha estimado que el número

de casos de cáncer cérvico uterino se incrementará en la región de 68000 en el año 2008 a 126000 en el año 2025⁽⁸⁾

Según el 26to Reporte Anual de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) sobre el diagnóstico y tratamiento del Cáncer en el 2006 se diagnosticaron en el mundo 493 mil nuevos casos de cáncer cervical en el mundo, con una prevalencia de 1,4 millones de casos y 273 mil defunciones, el 80 % de ellos en el Sur y Sudeste Asiático, el África Sub-sahariana y Latinoamérica. En la región del Caribe se reportaron 6 300 nuevos casos y 3 100 defunciones. ⁽⁵⁾

1.2 Aspectos epidemiológicos en el Perú

En el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical. El cáncer cérvico uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y, es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. ⁽⁸⁾

En el 2012, la incidencia cruda anual por 100,000 habitantes fue de 31.3. Esto se compara con la de Sudamérica que es 22.2 y la mundial que es 15.1. El riesgo acumulado de cáncer cérvico uterino a los 75 años es 3.4% en Perú, 2.0% en Sudamérica y 1.4% en el mundo. 12, 12 % por lo expuesto, el cáncer cérvico uterino es una amenaza para la salud de las mujeres peruanas y sus familias; y, por tanto, un problema de salud pública. ⁽⁹⁻¹²⁾

El riesgo de morir por cáncer cérvico uterino antes de los 75 años es tres veces más alto en mujeres que viven en países en desarrollo que en mujeres que viven en países desarrollados.^(12, 13) En el Perú, el cáncer cérvico uterino es el cáncer más frecuente en Loreto (29.4%), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%). Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer cérvico uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuaduplican el de Lima (4.2).^(10, 12)

“El Perú está haciendo cambios en la política nacional para el control del cáncer cervical, priorizando la promoción de la salud, la prevención y facilitando el acceso a los servicios oncológicos de calidad a través del exitoso proceso de descentralización que hemos iniciado en el 2002”, resaltó el científico peruano en el auditorio Fiera Milano Congressi, donde se congregaron connotados oncólogos del mundo, donde se comentó que para conocer a cabalidad los índices de incidencia y mortalidad por este tipo de cáncer, se han elaborado los registros a través del INEN y los Institutos Regionales de Arequipa y Trujillo.

1.3 Historia natural de la infección por PVH y el cáncer cérvico uterino.

Los primeros programas de prevención de cáncer cérvico uterino se basaron en la premisa que la enfermedad se desarrollaba a partir de lesiones precursoras (displasias),

progresando de manera constante de leve a moderada y severa, a carcinoma in situ (CIS) y, a continuación, cáncer ⁽¹⁴⁾.

De hecho, ahora parece que el precursor directo de cáncer cérvico uterino es la displasia de alto grado, que puede progresar a cáncer cérvico uterino durante un período de hasta 10 años ⁽¹⁵⁾. La mayoría de displasias de bajo grado retroceden o no progresan, particularmente los casos de menor grado se dan en las mujeres más jóvenes (34 años o menos). Los casos prevalentes son menos propensos a la regresión, las mujeres con infección de VPH persistente, tienen mayor riesgo de cáncer, el cáncer cervical se desarrolla con mayor frecuencia en mujeres después de los 40 años, con picos en torno a los 50 años, la displasia severa generalmente es detectable hasta 10 años antes que se desarrolle el cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años. ⁽¹⁵⁾

Las lesiones cervicales son más frecuentes en la etapa reproductiva de la mujer debido a que en estas edades las mujeres se encuentran más expuestas a factores de riesgo como la promiscuidad, las infecciones de transmisión sexual, las afecciones del cérvix y el uso de anticoncepción hormonal (12).

La incidencia en 70,9 % de las pacientes en algún momento de una infección vaginal, coincide con el criterio de que las infecciones recurrentes por *Tricomonas* y *Vaginosis* Bacteriana provocan alteraciones en los extendidos citológicos, ya que producen un desequilibrio de la proliferación celular, el cual

condiciona un terreno propicio para el desarrollo de las alteraciones celulares y sufre más tarde estas transformaciones malignas. ⁽¹⁵⁾

El cáncer de cuello de útero avanza silente, sin síntomas. Para cuando hay síntomas la enfermedad esta usualmente muy avanzada. Por ello, es que es necesario hacer el tamizaje o despistaje para encontrar la infección o las lesiones tempranas y ofrecer alternativas de tratamiento ⁽¹⁵⁾

1.4 Diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer cérvico uterino ⁽¹⁵⁾

Criterios de diagnóstico: Biopsia que da el diagnóstico definitivo de lesiones pre malignas o cáncer

Otros criterios diagnósticos: Examen físico el examen pélvico, la visualización del cuello del útero después de un examen con espéculo puede revelar una apariencia normal o una lesión cervical visible, cualquier lesión elevada, friable, o que tenga la apariencia de condiloma debe ser examinada por biopsia , independientemente de los resultados benignos anteriores de citología cervical. El cáncer usualmente se origina en la zona de transformación (la unión del epitelio escamoso del ectocérvix y el epitelio glandular del canal endocervical)

Diagnóstico diferencial: Incluye otras condiciones que dan lugar a sangrado vaginal irregular, flujo vaginal, o una lesión cervical visible. El sangrado postcoital, que es la presentación más específica de cáncer cérvico uterino, también puede resultar de

cervicitis. Las lesiones de tipo tumoral benignos que pueden confundirse con el cáncer cérvico uterino incluyen pólipos, quistes de Naboth, quistes mesonéfricos, ectropión cervical, úlceras asociadas a infecciones de transmisión sexual, los cambios glandulares reactivos de la inflamación y la endometriosis.

Exámenes auxiliares:

Citología cervical o Papanicolaou (PAP)

Es un examen para detectar cáncer cérvico uterino, en el que se “raspan” con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino). La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio, la sensibilidad del PAP se estima en alrededor del 50%.

Inspección visual con Ácido Acético (IVAA)

Es un examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal (displásico) se torna blanco y puede ser detectado fácilmente.

Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Detección del ADN de VPH de alto riesgo. Estudios han mostrado que las pruebas de VPH moleculares son más efectivas que el IVAA y el PAP tiene muy alta sensibilidad.

Colposcopia

El colposcopia (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) proporciona una vista ampliada e iluminada del cuello uterino, vagina y vulva, aumenta la capacidad para distinguir áreas normales y anormales para obtener biopsias dirigidas de tejido sospechoso, detecta 70-80% lesiones de alto grado.

1.5 Prevención y manejo del cáncer cérvico uterino.

Prevención Primaria

Vacuna contra el virus del Papiloma humano: Existen tres tipos de vacunas contra el virus papiloma humano (VPH): La tetravalente y la bivalente altamente efectivas para los tipos 16 y 18 asociadas al cáncer. La tetravalente también protege contra los tipos 6 y 11 que se asocian a verrugas genitales. La monovalente incluye protección contra 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, y 58, pero aún no se encuentra disponible en el mercado.

Prevención secundaria:

Tamizaje en población general: De acuerdo con las Guías Prácticas Esenciales de Control Integral del Cáncer Cervical, elaboradas por la OPS-OMS, deben tomarse en cuenta las siguientes recomendaciones:

La detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo etario previsto, seguida del tratamiento de las lesiones pre malignas detectadas.

Las pruebas moleculares del VPH, los PAP y la IVAA pueden ser usados como métodos de tamizaje.

En el enfoque de **“tamizaje y tratamiento”** o **“ver y tratar”**, la decisión sobre el tratamiento se basa en una prueba de tamizaje, y el tratamiento se dispensa con prontitud o, idealmente, de inmediato tras una prueba de tamizaje positiva.

En las mujeres con resultados negativos en la prueba de IVAA o en el PAP, el nuevo tamizaje deberá realizarse en tres años y en mujeres con resultados negativos en la prueba de tamizaje de VPH, se debe proceder a un nuevo tamizaje tras un intervalo mínimo de cinco años.

Manejo de lesiones pre malignas encontradas en el tamizaje.

Ablación Existen 2 formas de manejo de lesiones pre malignas: La terapia por ablación (crioterapia y termo coagulación) y la escisión electro quirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP).

La crioterapia elimina las áreas precancerosas del cuello uterino mediante congelación (un método ablativo). Cerca de 15 minutos, generalmente es tolerada y se asocia con un malestar leve solamente.

Si la lesión se extiende más allá del alcance del cuello uterino, o dentro del conducto endocervical, o si la lesión es sospechosa de cáncer invasor se considera que la crioterapia no es una buena alternativa y se recomienda otra forma de tratamiento, incluyendo la

posibilidad de cono LEEP, esta técnica tiene un doble fin: Extraer la lesión (es decir tratar la lesión precancerosa) y producir una muestra para su examen patológico.

Referencias: Se recomienda la referencia de las pacientes en los siguientes casos:

- Lesiones extensas, que se introducen al canal: referencia para cono frío o cono LEEP, -
- Sospecha de cáncer invasor: referencia para colposcopia,
- Cáncer invasor evidente: referencia para tratamiento oncológico especializado.



CAPÍTULO II:

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Caso clínico:

Paciente femenina de 56 años, multigesta (G7 P5 A1) procedente de Juliaca-Puno, acude al servicio de ginecología del instituto regional de enfermedades neoplásicas con resultados de Papanicolaou ASC-H y biopsias: displasia leve.

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarquía a los 12 años, inicio de relaciones sexuales a los 16 años, número de parejas sexuales 04, gestaciones 07, abortos 02, anticonceptivos, ligadura de trompas, Papanicolaou- 02 veces a lo largo de su vida.

Antecedentes familiares:

Padres, hermanos, abuelos sin datos.

Antecedentes personales patológicos:

Enfermedades infecciosas en la infancia sin datos, cirugía anterior sin datos, esquema de vacunación sin datos, alergias sin datos

Antecedentes personales socio económico:

Tipo de casa, material de construcción etc. sin datos, servicios de urbanización tales como agua potable, desagüe, luz y gas sin datos, alcohol eventualmente, cigarro no.

Síntomas principales:

Asintomática.

Historia de la enfermedad

23/11/2016 Paciente acude al IREN –SUR con resultado de Papanicolaou ASC-H y biopsia displasia leve, niega sangrado genital,

Examen físico:

Funciones vitales

PA 110/70mmHg fc.68x FR 18x Peso 72 kg Té 36|° IMC: 30

Al examen REG, ABEG, LOTEP, Piel húmeda, mucosa oral húmeda. Tórax sin crepitaciones. Abdomen blando depreciable no doloroso a la palpación.

Al examen ginecológico con espejo se observa cuello pequeño no tumoral, colposcopia no aceto blanco, no mosaico, test de Schiller negativo se toma biopsia, se realiza interconsulta al servicio de oncología donde se le indica exámenes de laboratorio de rutina, además de exámenes pre quirúrgicos, electrocardiograma, placa de rayos x, examen completo de orina, ecografía abdominal completa y repetir PAP.

Los resultados fueron: Radiografía de tórax Síndrome intersticial difuso en ambos campos pulmonares, el informe ecográfico indica hepatopatía de II grado y colelitiasis, el resultado del Papanicolaou ASC-H sugiere colposcopia y biopsia, resto del examen auxiliares normales. Se realiza la colposcopia y biopsia cuyos resultados son: Displasia

leve-Atipia coilocítica, metaplasia escamosa, cervicitis crónica. Se decide programar a la paciente para cirugía (cono lee). Firma el consentimiento informado

Exámenes laboratorio.

Plaquetas 21 888, glucosa 97, grupo sanguíneo O +, Hato 44.7%, Hb 14.7.

TP/TPT 14.6/39, creatinina 0.9, IRN 1,21, VDRL negativo, AG1HB no reactivo, VIH no reactivo.

Patología

- Reacciones bioquímicas.- negativo
- Examen de sedimento urinario.- negativo
- Creatinina 0.9 mg/dl
- Antígeno de superficie hepatitis B AgHBs no reactivo
- Antígeno para VIH I-II no reactivo
- Rapar prueba no treponema no reactivo
- Examen de sedimento de orina negativo

Tiempo de tromboplastina 39 seg

Tiempo de protrombina 14.6 seg.

Lista de verificación de cirugía segura firmado por el oncólogo, anestesiólogo, enfermera.

Hoja de atención de enfermería en cirugía menor llenado por el personal de enfermería

22/11/2016 Se realiza la cirugía menor: Cono leap

Los hallazgos: Genitales externos normales, vagina estrecha, cuello empotrado difícil de exponer, aplanado, área yodo negativo.

El procedimiento: Incisión de zona yodo negativa, área de transformación asa leap.

Se envía muestra a patología y se da las indicaciones médicas a la paciente con analgésico vía oral con control en dos semanas.

Informe del resultado de anatomía patológica

Cono Leap:

Displasia leve/moderada focal/atípica coilocítica/metaplasia escamosa/cervicitis crónica.

Borde quirúrgico ex cervical en contacto con la displasia leve

Borde quirúrgico endocervical libre

Canal. Sin alteraciones histopatológicas significativas.

Se da de alta con analgésico vía oral y control a las dos semanas.

5/12/16 Presenta sangrado vaginal con coágulos por lo que se realiza cauterización de cuello uterino y se le indica ácido tranexámico por 4 días con evolución favorable.

27/10/2017 acude por consultorio externo acude al consultorio externo de oncología por presentar orina mal oliente se le solicita examen completo de orina y Papanicolaou, en el

control el examen de orina patológico, Papanicolaou negativo, recibe medicación antibiótica para la infección urinaria, con evolución favorable.

2.2 Actividad preventiva de la obstetra

Atención primaria de salud

- Promoción de la salud impulsando el cambio de estilo de vida saludable.
- Educación sanitaria con información y educación a la población.
- Evitar la exposición al PVH (postergando el inicio de las reacciones sexuales a temprana edad)
- La prevención y control del cáncer cérvico uterino en niñas de 9 a 14 años que no han iniciado las relaciones sexuales se debe administrar vacuna GARDASIL: contra el PVH 6, 11, 16,18, Cervarix para los tipos de PVH 16,18 en los EE SS y colegios nacionales y particulares.
- No fumar, No alcohol.

Prevención secundaria

- Detección de la enfermedad antes que se presente a través de Papanicolaou
- IVAA y crioterapia ver y tratar
- Prueba molecular PCR

El personal capacitado en la segunda especialidad de prevención y control de cáncer cervino uterino y de mamas debe trabajar en los servicios de los consultorios

diferenciados con el objetivo de disminuir la mortalidad por cáncer uterino en nuestro país.

El programa presupuestal de prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mamas a través del programa “plan Esperanza” esta intervenido en la parte preventiva primaria, secundaria y terciaria (incluyendo el tratamiento gratuito a través del Seguro Integral de Salud (SIS) es una oportunidad para tratar a las mujeres de menos recurso económico.

El personal Obstetra del primer nivel tiene la oportunidad de detectar por primera vez porque los EE.SS están ubicados en los lugares donde hay pobreza.

Los factores de riesgo en el cáncer cérvico uterino modificable para prevención de cáncer cérvico uterino.

Cambios de conducta sexual: postergar el inicio de relaciones sexuales, evitar la promiscuidad sexual, uso correcto del condón y en forma permanente, evitar fumar y bebidas alcohólicas, dieta a base de vitamina A, C, E, evitar las infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, clamidias, herpes).

Evitar los embarazos múltiples, evitar el sobre peso y la obesidad.

CAPITULO III:

DISCUSION

1.- En este estudio, el caso clínico de lesión intraepitelial de bajo grado (NIC I), paciente de 56 años del Instituto Regional de Enfermedades de Neoplasia IREN SUR Arequipa, se destaca que la participación que tienen las mujeres en el cuidado de su salud básicamente en la prevención del cáncer cérvico uterino no son oportunas, sino que acuden tardíamente cuando ya presentan los síntomas, pudiendo ser por desinterés en su salud o por los factores de riesgo que tienen en los diferentes momentos de su vida como corrobora Gratel León.

2.-En la experiencia profesional a lo largo de más de 30 años se ha podido evidenciar que la infección de PVH se presenta entre las edades de 25 años a 64 años de los cuales ha desaparecido espontáneamente dentro de los primeros años cuando se ha detectado en lesiones intraepiteliales de bajo grado, en algunas mujeres han acudido en estadios avanzados esto ocurre en mujeres que han dejado de realizar el Papanicolaou o que nunca acudieron para un despistaje oportuno.

3.- Según Zeng y Liang (13). El cáncer de cérvix resulta muy frecuente entre los tumores malignos ginecológicos y es una de las cinco primeras localizaciones de cáncer. Su distribución mundial demuestra la estrecha relación que guarda con el nivel de desarrollo socioeconómico, pues su incidencia tiende a disminuir en los países desarrollados y

permanece alta en los subdesarrollados. Es uno de los pocos cánceres para el cual existe un método de diagnóstico preclínico técnicamente sencillo (Test de Papanicolaou), tamizaje de IVAA, con el que pueden identificarse y tratarse tempranamente tanto lesiones precancerosas como las neoplasias incipientes. Así como el caso clínico de lesión epitelial de bajo grado NIC I acudió al Instituto Regional de Enfermedades de Neoplásica IREN SUR de Arequipa con el resultado de Papanicolaou ASCH (células escamosas atípicas sugestiva a alto grado) se confirma con colposcopia y biopsia en el cual el anatómopatólogo indica Lesión intraepitelial de bajo grado (NIC I).

4.-Braillard (34) corrobora que las lesiones precancerosas constituyen un todo continuo de cambios morfológicos cuyas fronteras están bastante mal delimitadas. Dichas lesiones pueden retroceder espontáneamente o evolucionar hacia un cáncer y se pueden relacionar con el Virus del Papiloma Humano. El caso clínico de la paciente de 56 años ha podido regresar espontáneamente un 90% pero hay posibilidad de 10% de mujeres con el tipo 16 o 18 del PVH que desarrolle la enfermedad cervical precancerosa avanzada (NIC III) en el lapso de 3 años y un 20% de desarrollar en 10 años.

5.-Los antecedentes familiares de cáncer, múltiparas, baja escolaridad, poco empleo de métodos anticonceptivos, pobre educación sanitaria, bajos recursos económicos, según Lonalisa y Smith son factores de riesgo para las mujeres a las cuales se les ha diagnosticado una lesión cervical pre maligna o maligna, están expuestas a desarrollar con mayor porcentaje algún tipo de lesión a nivel cervical, existe este antecedente en tu

paciente de 56 años de multiparidad de 7 hijos, nivel de educación primaria incompleta de bajo recurso económico.

6.-De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede observar una fuerte asociación entre el inicio precoz de las relaciones sexuales y las neoplasias de cuello uterino. La mayoría de las investigaciones epidemiológicas coinciden en afirmar que tener el primer coito antes de los 18 años es un riesgo potencial para padecer la enfermedad. Esto se debe a la existencia de una metaplasia precoz que, en presencia de agentes autógeno, pueden propiciar la des diferenciación del epitelio y con ello los cambios neoplásicos, coincidiendo con los trabajos revisados. Efectivamente el caso clínico paciente de 56 años inicio relaciones sexuales antes de los 16 años.

7.-La importancia del manejo adecuado y oportuno de la NIC I radica en evitar el desarrollo de un cáncer posterior o las complicaciones asociadas a sobre-tratamiento. El caso clínico en estudio se ha realizado la colposcopia y biopsia en el cual se detectó oportunamente y recibió el tratamiento de CONO LEEP (CONO+CANAL) Luego Se envía la muestra a patología.

CONCLUSIONES.

1.- El caso clínico que se ha presentado, Es de una paciente de 56 años que acudió en el inicio de la enfermedad (NIC I) recibió el tratamiento de acuerdo con los protocolos de atención en el Instituto de Enfermedades Neoplasia IREN SUR de Arequipa.

2.- Es una gran oportunidad que la ciudad de Arequipa cuente con el Instituto Regional de Enfermedades de Neoplasia IREN SUR, con personal capacitado eficiente en el manejo de lesiones de bajo grado, alto grado y otras complicaciones, gracias al recurso humano calificado y la atención eficiente se están evitando años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es igual a la pérdida de un año de vida saludable.

3.- Por esta razón las medidas de prevención y detección oportuna es responsabilidad del personal de salud específicamente del personal de salud debido a que están en contacto con las mujeres en las diferentes etapas de su vida, para lo que se requiere estar capacitadas y contar con las condiciones que favorezcan una atención adecuada y con calidad.

RECOMENDACIONES

- 1.- Las autoridades del Instituto Regional de Neoplasia del IREN SUR debe gestionar la presencia de profesionales de Psicología para el apoyo emocional para las pacientes que padecen el cáncer antes y después del diagnóstico, tratamiento así se contribuirá a la recuperación y rehabilitación,
- 2.- El servicio de Oncología debe promover actividades de mejora continua para una atención adecuada y con calidad en forma permanente involucrando a todo el personal.
- 3.- Se recomienda que las historias clínicas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplasia de IREN SUR deben ser bien llenados completos y ordenados, se sugiere que debe mejorar en la calidad de registro en los documentos médicos legales para lo sucesivo.
- 4.- Promover la consejería individualizada (con mensajes estandarizados de salud, alimentación, nutrición), asesoramiento y el seguimiento de las mujeres con cáncer cérvico uterino para el mejoramiento de prácticas y el uso de recursos disponibles en el cuidado de su salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Boyle P world cancer report. IARC. 2008 . (97): 1-260 disponible en:
http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf
- 2 Leon G, Faxas, M. Cáncer de cuello uterino aspectos inmunológico y genéticos de mayor relevancia. Scielo 43 (1): 1-10 Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/med/v43n1/med08104.pdf>
- 3 Mukherjeeel S . Tratamiento del cancer de cuello uterino. NIH.2014(1): 1-5
Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>
- 4 Maraón T, Mastrapa K, Flores Y, Vaillant L, Landázuri S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. Sácielo 2017(21): 1-12. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015

- 5 Cuzick J, Clavel C, Petry KU, Meijer CJ, Hoyer H, Ratnam S, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. Int J Cáncer 2006; 119(5):1095-1101. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16586444>
- 6 Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer. 2017 junio. (1): 1-32. Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
- 7 Garbutt C. Causas del Cáncer De Cuello Del Útero.NML 2012. Diciembre. Disponible en:

[https://www.news-medical.net/health/Cervical-Cancer-Causes-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Cervical-Cancer-Causes-(Spanish).aspx)
- 8 Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Cancer Incidence and Mortality Worldwide, IARC. 2008. Disponible en:

<https://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>
- 9 Herdman C, Sherris J. Planning appropriate cervical cancer control programs, Seattle (WA): PATH; 2000. Disponible en:

<http://screening.iarc.fr/doc/cxca-planning-appro-prog-guide.pdf>
- 10 France L. International Agency for Research on Cancer, 2010. Disponible en:

[https://translate.google.com.pe/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.iarc.fr/&pr
ev=search](https://translate.google.com.pe/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.iarc.fr/&pr
ev=search)

- 11 Bruni L, Diaz M, Barrionuevo-Rosas L, Herrero R, Bray F, Bosch FX, de San José S, Castellsagué X. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. Lancet Glob Health. 2016; 4(7):453-63. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27340003>
- 12 Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cáncer. 2015 Mar 1; 136(5):E359-86. Disponible en:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?linkname=pubmed_pubmed&from_uid=15761078
- 13 Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología Informe N°027-2013. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3265.pdf>

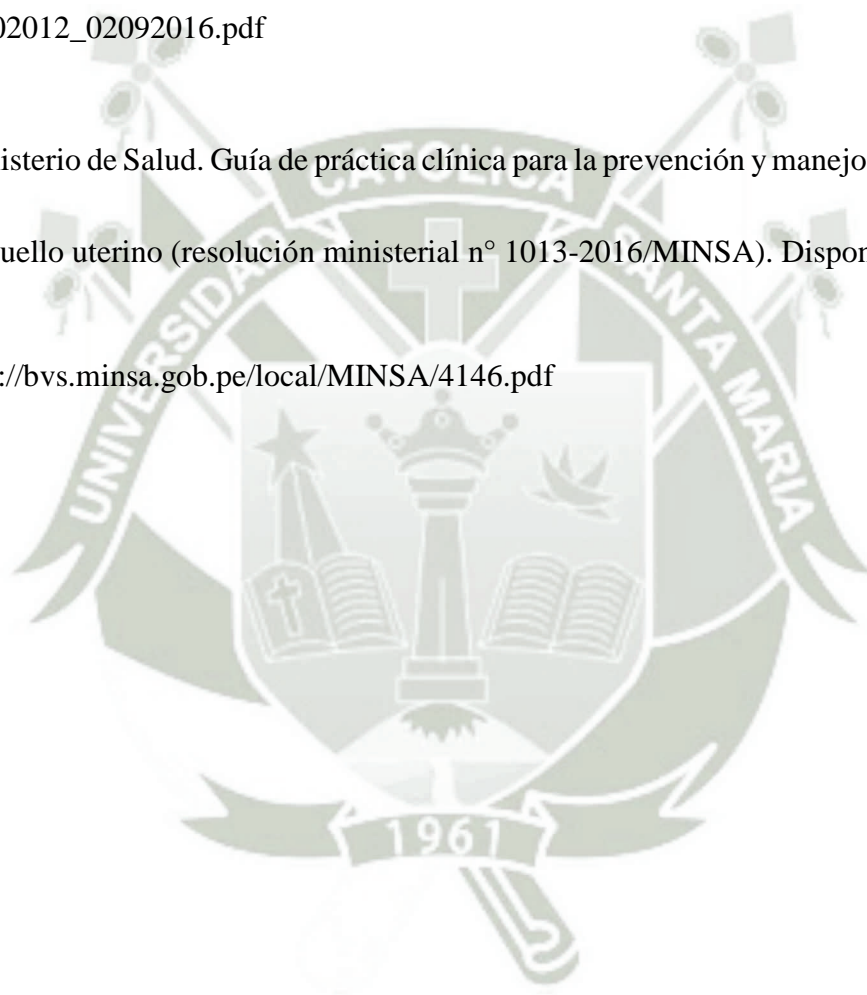
- 14 Ministerio de salud-Instituto de enfermedades neoplásicas. Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010-2012, Volumen 5. Lima 2016.

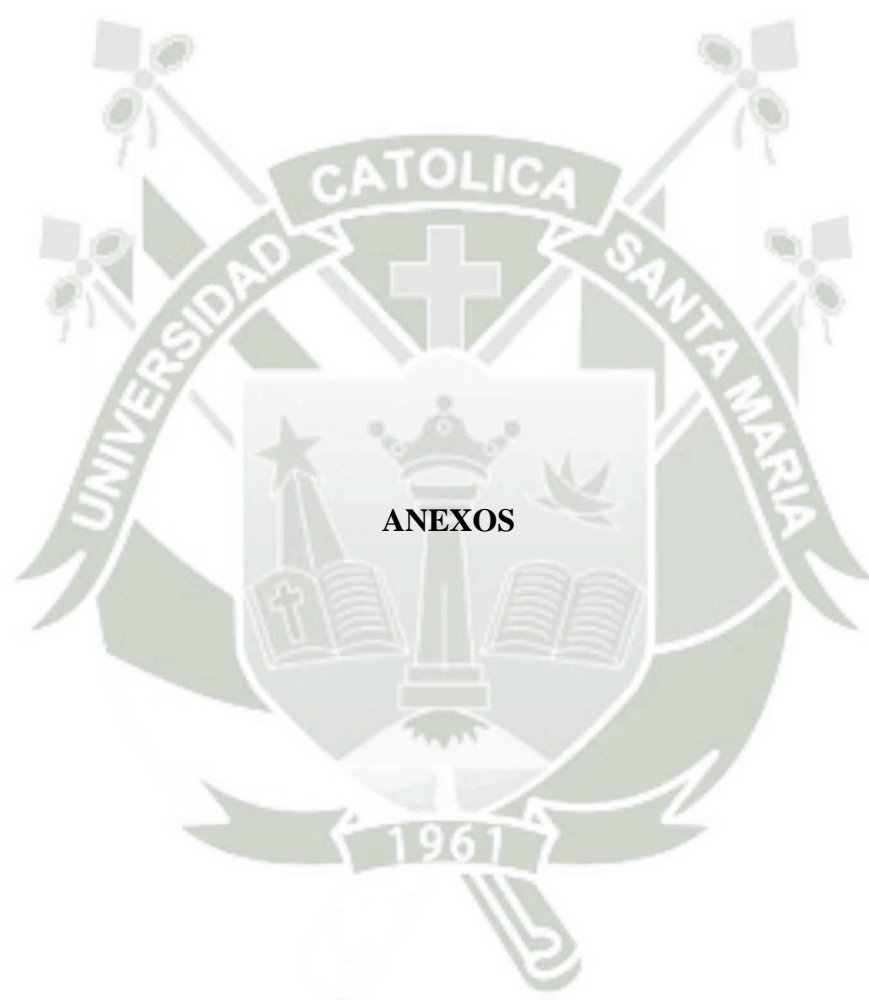
Disponible en:

http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf

- 15 Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino (resolución ministerial n° 1013-2016/MINSA). Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>





ANEXOS

Figura 1



10

Cáncer: Tumor maligno en general ya sea de orígenes epiteliales o conjuntivos.

Fuente: <https://www.docsity.com> › Apuntes Medicina y Farmacia › Apuntes

Epidemiología

Figura 2

Neoplasia Intraepitelial del Cuello uterino(NIC)



- Desarrollo anormal del crecimiento (displasia) de las células escamosas de la superficie del cuello uterino y su diseminación avanzando en profundidad y extensión.

Fuente: <https://www.cancer.org/.../cancer/cancer...cuello-uterino>

Figura 3

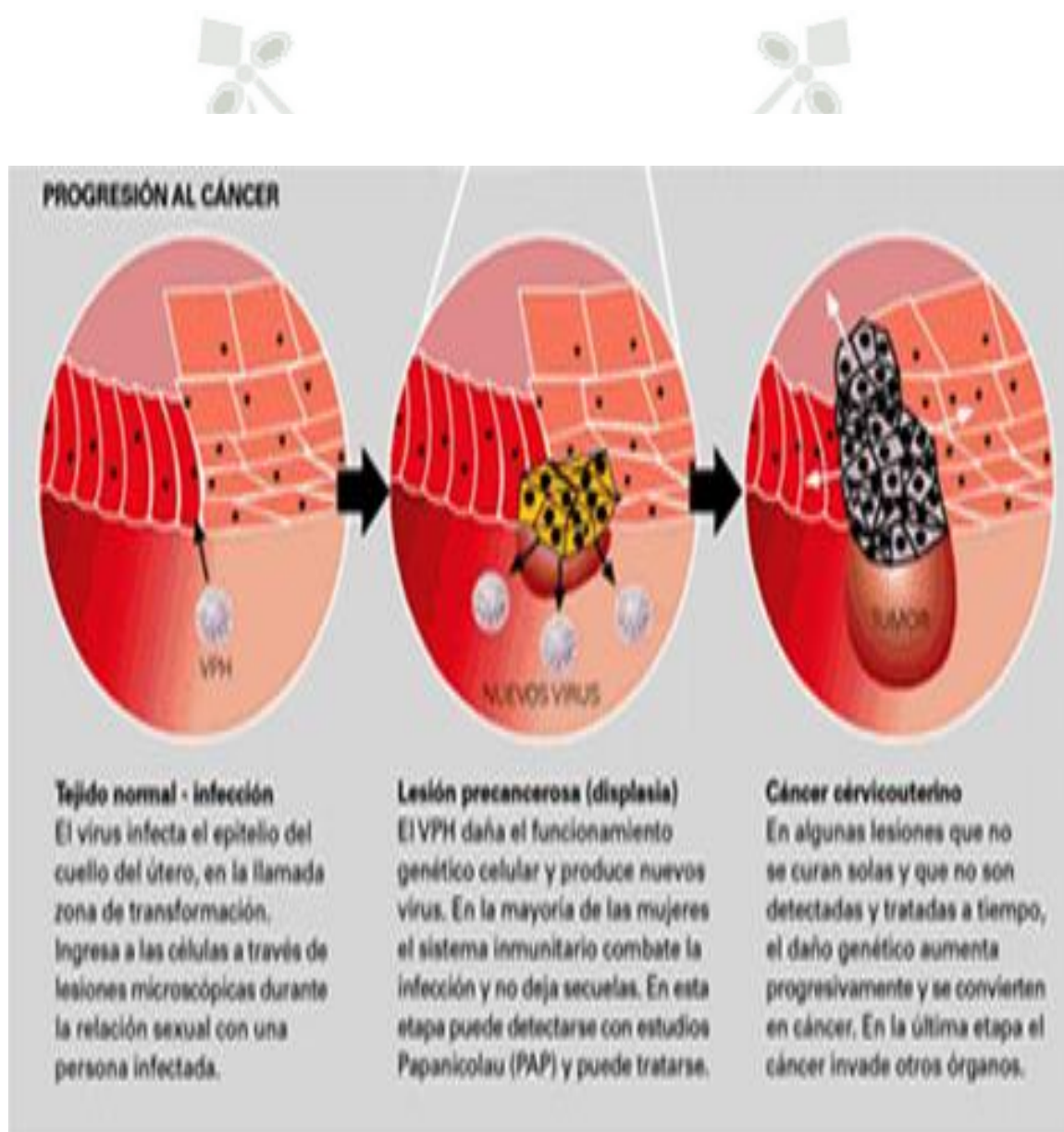
TOMA DE MUESTRA



Fuente: www.gettyimages.es/fotos/papanicolaou.

Figura N° 4

PROGRESIÓN DEL CÁNCER



Fuente: www.fuca.org.ar/cáncer/útero

CLASES EN LA UNIVERSIDAD LA CATÓLICA



PASANTIA EN EL IREN SUR



PASANTIA EN IREN SUR CON PACIENTE DEL CUSCO



PASATIA EN IREN SUR EN SALA DE OPERACIÓN



PASANTIA EN EL HOSPITAL GOYONECHE



PASANTÍA EN IREN SUR CON EL DR. ONCÓLOGO SERGIO PUMA



PASANTIA EN IREN SUR CON EL DR ONCOLOGO CARLOS CHAVEZ

CHIRINOS

